|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO:** | SGE- Nº 01 |

Lugar y fecha…………………………………..

Señor

**Prof. Dr. Claudio Díaz de Vivar, Decano**

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Itapúa

**El/la que suscribe**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio – Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Egresado/a del Colegio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Año de Egreso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de Gestión – Colegio**

 ** Público  Privado Subvencionado  Privado**

* **Declaro por la presente no superar cinco años de haber egresado de la Educación Media en una institución pública o subvencionada, establecido en el artículo 5º del Decreto Nº4734/2021.**
* **Por la presente declaro que esta es mi postulación (número)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a una carrera en la Universidad Nacional de Itapúa.**
* **Manifiesto que los datos consignados en la presente solicitud y que los documentos que se adjuntan a la misma y su contenido son verdaderos. Expreso que los mismos tienen carácter de declaración jurada. Asimismo, declaro conocer las disposiciones establecidas en la Ley Nº 6628/2020 , su Decreto Reglamentario Nº 4734/2021 y la Resolución CSU Nº008/2021.**
* **Declaro no contar con un título universitario.**

…..………………………………. …..……………………………….

 Firma del postulante Aclaración de firma

**TALÓN DE RECIBO DE SOLICITUD DE GRATUIDAD DE LA UNI**

Presentado por……………………………………………………………….C.I. N°………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DOCUMENTOS ADJUNTADOS** | **PRESENTO** |
| 1 | Fotocopia simple de Cédula de Identidad vigente |  |
| 2  | Fotocopia simple de título de bachiller  |  |
| 3 | Fotocopia simple de Certificado de Estudios Original legalizado por el Ministerio de Educación y Ciencias y Autenticado por el Rectorado de la UNI |  |
| 4 | Certificado o Constancia de vulnerabilidad emitido por el Ministerio de Desarrollo Social (MDS) |  |

Recibido por……………………..…..Firma…….……………………Día……Mes……Año……..